Przegląd Lekarski wychodzi co sobota w objętości średniéj półtora arkusza.

Redakcyja: Ulica Grodzka Nr. 73.

Administracyja: Ulica Podwale Nr. 84.

Ekspedycyja miejscowa: w księgarni p. St. Krzyżanowskiego, Rynek główny 30.

Cena ogłoszeń, które przyjmują: w *Krakowie* Administracyja a w *Paryżu* p. Adam, 4. Rue Clement, oraz M. L. Dobrowolski, Boulv. Voltaire 180, wynosi za wiersz drobnym drukiem (petit) lub jego miejsce po 8 centów.

PRZEGLĄD LEKARSKI

ORGAN

Towarzystwa lekarskiego krakowskiego

i

Towarzystwa lekarskiego galicyjskiego.

Redaktor główny: prof. Dr. L. BLUMENSTOK.

Przedpłatę przyjmują: Administracyja i księgarnia p. Krzyżanowskiego w *Krakowie*, nadto w Niemczech, Król. Polskiém i Rosyi urzędy pocztowe. w *Warszawie* księgarnia pp. Gebethnera i Wolffa, w *Paryżu* p. Adam, 4, Rue Clement.

Rękopismy zwracają się tylko w razie wyraźnego zastrzeżenia.

Jeden numer osobno kosztuje 20 centów.

Przedpłata wynosi:					
Rocznie	w Austryi 8 złr. 80 c.	w Król. Polskiém i Ces. Ros. 6 rsr.	w Niemczech 16 mk.	we Francyi 24 fr.
Półrocznie	„ 4 „ 40 „	„ „ „ 3 „	„ 8 „	„ 12 „
Kwartalnie	„ 2 „ 20 „	„ „ „ 1½ „	„ 4 „	„ 6 „

Kraków, 8 października 1881. **Nr. 41.** Rok XX.

I. Z oddziału położniczo-ginekologicznego profesora Madurowicza w szpitalu św. Łazarza.

Polip łożyskowy. Przyczynek kazuistyczny do rozpoznawania i leczenia krwotoków macicznych.

Napisał Dr. M. Kohn.

Literatura: Kiwisch: Klin. Vortr. I. p. 240. — Scanzoni: Verhandl. d. ph. med. G. zu Würzburg II, p. 30. — Rokitansky: Zeitschr. d. Wien. Aerzte Nr. 33, 1860. — Klob: Path. Anat. p. 266. — Veit: Krkh. d. weibl. Geschl. u. Puerperalkr. 1867. — Hegar: Monatschr. f. Geb. 1861. Juni. — Rheinstaedter: Volkmanns klin. Vortr. Nr. 154, 1878.

Jakkolwiek przypadek poniżéj opisany na każdy sposób należy nie do najczęściéj obserwowanych, to nie tyle jego względna rzadkość skłania mnie do jego ogłoszenia, ileraczéj o to się rozchodzi, aby użyty tu zabieg leczniczy, raz już w tym tygodniku opisany, polecić kolegom dla jego stósowności i zwrócić uwagę na to, jak ważną jest ścisła obserwacyja każdego porodu i poronienia, a zatém obecność lekarza przy takowym.

Przez polip włóknikowy lub łożyskowy rozumiemy polip o utkaniu łożyskowém, czyli innemi słowy guz uszypułkowany, wyżéj lub niżéj w jamie macicy lub jéj szyi wiszący, złożony ze skrzepłéj krwi mniéj lub więcéj zmienionéj, wewnątrz, a zwłaszcza w szypułce, części błony doczesnéj lub łożyska zawierający, w skutek porodu lub poronienia powstały.

Dawniéj tak o istocie, jak niemniéj o powstawaniu takiego polipa błędne miano wyobrażenia; i tak Kiwisch jeszcze sądził, że powstać on może li tylko w skutek krwotoku i to nawet niepołogowego, przeoczono bowiem części jaja płodowego, uważając obrzęk tylko za złożony ze skrzepów krwi. Dopiero przypadki Rokitańskiego wykazały właściwe jego tworzenie się, jak niemniéj pouczyły nas, że polipy takie, mianowicie przy poronieniu powstałe, mogą być tak wydłużone, iż dolnym odcinkiem w szyi macicy leżą. Jajo bowiem w skutek skurczów macicy może zostać zepchniętém aż do zewnętrzego ujścia nie oddzielając się od miejsca przyczepu, a przez naciąganie ciężarem jaja powstaje przerost doczesnéj, która potém tworzy szypułkę z gruczołów łagiewkowych. Po oderwaniu jaja szypułka ta pozostać może, otacza się skrzepami krwi wylewanéj do macicy odżywiając się naczyniami z macicy w błony płodowe przechodzącemi stanowi polip włóknikowy lub łożyskowy.

Tworzenie się polipa takiego, mianowicie przy porodach czasowych, jeszcze i w inny sposób, sądzę, tłumaczyćby sobie można. Wiemy bowiem, że tuż po porodzie, kiedy błona śluzowa macicy prawidłowa, podczas ciąży w doczesną zmieniona, z częściami łożyska przy porodzie wydaloną została, wewnętrzną powierzchnię macicy pokrywa cienka siatka śluzowatéj tkaniny z młodych komórek, które jako początek nowéj błony śluzowéj już w ostatnich czasach ciąży pod doczesną wytwarzać się poczęły. Na téj siatce znajdujemy często przyczepione jeszcze tu i owdzie pojedyncze, mniejsze lub większe płaty lub strzępy doczesnéj, które albo jako takie zostają wydalone, albo wpierw ulegają rozpadowi. Jeżeli pozostaną przyczepione niewielkie kosmki łożyska silniéj przyczepione w miejscu przejścia żył do ścian macicy, takowe i długo się utrzymać i odżywiać mogą stanowiąc polipy i z unaczynienia swego dając powód do krwotoków. Że takie kosmki pozostać mogą, okazują liczne okazy np. w tych przypadkach, w których porażenie mięśniowe w macicy ogranicza się li tylko do miejsca przyczepienia łożyska. Już to ograniczenie okazuje przyczynę li miejscową, np. targanie w skutek nazbyt krótkiéj pępowiny, lub nieodpowiedniego postępowania w 3cim okresie porodowym. Klob zwraca uwagę że całe miejsce przyczepienia łożyska bywa czasem w tych razach wypuklone na wewnątrz. Że nie odklei się czasem w takich razach łożysko w całości, ale drąc się pozostawi kosmki silniéj przyczepione, z których jeden lub drugi odżywia się i pozostaje, zdaje mi się nie tylko możebném, ale i prawdopodobném. (Klob p. 553).

Wielkość takiego polipa może być bardzo różna, opisują polipy dochodzące wielkości kurzego jaja, ba nawet

większe. Zazwyczaj już podczas połogu dają one powód do krwotoków, rzadziéj krwotoki takie występują dopiero późniéj i trwają po kilka tygodni lub dłużéj, aż do wydalenia polipa sztuką lub bez jéj pomocy.

Symptomatologija i obraz kliniczny przy badaniu niczém swoistém się nie różni od obrazu, jaki przedstawia polip śluzowy lub włókniak uszypułkowany w jamie macicy. Powiększenie macicy, zwłaszcza ciała jéj, miękkość jéj ciastowata mniejsza lub większa, odchody charakterystyczne krwawe, po jakimś czasie chorą do niedokrewności doprowadzające, oto wszystko, co i przy innym zdarza się polipie. Tylko poprzedzający poród lub poronienie zwracają uwagę lekarza i wywiady w ten sposób jedyny stanowią moment ważny ku rozróżnieniu cierpienia.

Odchody w obec polipów wewnątrzmacicznych wszelkiego rodzaju są zbyt charakterystyczne, aby o nich nie wspomnieć choć kilku słowy. Krwotoki maciczne bywają następstwem rozmaitych nowotworów nie licząc już innych chorób; krew odpływająca jednak ma dla wprawnego spostrzegacza pewne, czasem tylko drobne, czasem jednak wybitne różnice, właściwe przyczynie krwotoku. I tak wiemy np., że odchody krwawe w raku macicy pomięszane są z ropą i strzępkami nowotworu i zdala już wyróżniają się nieprzyjemném właściwém cuchnieniem. Krwotoki będące następstwem np. atonii macicy, okazują czystą prawie i jasną krew, zwiększają się przy ruchu i natężeniu, zmniejszają w spokoju itp. Podobnież odchody krwawe w następstwie polipa mają swoje wybitne cechy, które wprawnemu lekarzowi tak są znane, że z samych odchodów czasem i wywiadów można rozpoznać choć nie z pewnością, to przynajmniéj z prawdopodobieństwem.

Krwotoki te prawie nigdy nie są bardzo obfitemi, ale za to prawie ciągłemi; w początkach właśnie mierną ilością nie przestraszają choréj, ale późniéj swą ciągłością doprowadzają ją do niedokrewności, czasem przestraszającéj, upadku sił i charłactwa. *Gutta cavat lapidem!* Często słyszeć można od chorych, że odchody wypływają nie z wiedzą choréj lub z pewną siłą i pauzami ale bezwiednie i bez uczucia ze strony choréj, która tylko ciągle czuje się mokrą. Nadto, i to jest właśnie cechą polipa, krew nie tylko nie jest czystą, ale tak bardzo zmięszana z surowiczemi odchodami, że te ostatnie przeważają i odpływają nawet gdy krew nie odchodzi. Gdy krew taka padnie na bieliznę, tworzy plamę, któréj mały, np. wielkości centa, środek jest krwawoczerwonym, a ten dopiero otoczony jest obwódką obszerną o promieniu kilku lub kilkunastu centimetrów wprost tylko wilgotną lub mokrą, lecz niebarwną, lub tylko do barwy rozcieńczonych opłuczyn mięsa podobną. Odchody te nie cuchną wcale i w ogóle żadnego nie mają odoru, dla ciągłości swéj wilgocą jednak co chwila całą bieliznę choréj.

Niedokrewność ogólna, czasem bardzo wysokiego stopnia, bladość nadzwyczajna błony śluzowéj przedsionka, pochwy i części pochwowéj macicy są, jak już wspominałem, stałém towarzystwem téj zmiany chorobowéj.

Rokowanie jest dobre i może być tylko zamącone wysoką niedokrewnością choréj, która właściwe stanowi tylko niebezpieczeństwo.

Leczenie naturalnie może być tylko przyczynowe, a żadne inne, i jakikolwiekby był stan choréj, przyczynę znieść i polip z macicy wydalić trzeba, a potém dopiero o leczeniu skutecznem jego następstwa, tj. niedokrewności, myślеć można.

Przypadek poniżéj opisany niech służy za ilustracyję ciekawą z tego powodu, że tak długie trwanie choroby i chorą doprowadziło do złego stanu i właśnie tém długiém trwaniem utrudniało rozpoznanie.

(Dokończenie nastąpi).

II. Z kliniki chirurgicznéj Prof. Billrotha w Wiedniu.

O użyciu jodoformu w leczeniu ran.

Skreślił Dr. **Jan Mikulicz**

asystent powyższéj kliniki i docent prywatny w Uniwersytecie wiedeńskim.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40.)

Że opatrunek ten jest prostym łatwo, pojąć; zamiast wielkiéj ilości sztucznie przygotowanéj gazy karbolowéj, zawierającéj nadto zmienną ilość karbolu, potrzebujemy małéj ilości gazy jodoformowéj. Większe zaś bezpieczeństwo polega na tém, że przesiąknienia opatrunku nie potrzeba tak troskliwie doglądać jak przy opatrunku Listerowskim; nawet gdy wydzieliny na zewnętrznéj stronie i w środku opatrunku rozkładać się zaczynają, rana mimo to jest zabezpieczoną przed zakażeniem przez magazyn jodoformu na niéj leżący, podczas gdy rozkładania się wydzielin przy opatrunku Listerowskim starannie unikać należy. Nie potrzebuję wspominać, jak wielkie usługi odda jodoform chirurgii wojennéj. Podobnie będzie on nieocenionéj wartości dla praktycznego chirurga, a zwłaszcza na prowincyi. Jestem mocno przekonany, że dopiero teraz, kiedy się metoda przeciwgnilnego opatrywania ran tak uprości, mogą błogie skutki owego doniosłego wynalazku Listera stać się udziałem nie tylko, jak dotychczas, większych zakładów ale także każdego lekarza z osobna.

c) Rany spólniczące z jamą otrzewnową. Odkąd w klinice naszéj zaprowadzonym został na większą skalę opatrunek jodoformowy, odtąd pokrywalismy rany po laparotomijach tymże opatrunkiem; gojenie się ran postępowało i tu pod tym opatrunkiem w ten sam nienaganny sposób, jak dawniéj pod opatrunkiem gazą karbolową. Ponieważ jednak przebieg laparotomii wykonanéj według najnowszych zasad, nie może mieć żadnego wpływu w ocenieniu wartości zastosowanego opatrunku, przeto mogę pominąć poszczególne wyliczenie mnogich, podczas ostatniego półrocza w naszéj klinice wykonanych, owaryjotomij, hysterotomij i operacyj na żołądku i jelitach. Jest przecie najważniejszą i przez największą część chirurgów przyjętą zasadą, zamknąć po wykonanéj laparotomii jamę otrzewnową o ile możności jak najszczelniéj na zewnątrz. Z tego też jedynie powodu zanurzamy szypułkę i pomijamy odrenowanie rany, które i tak już jest dla jamy otrzewnowéj wątpliwéj wartości, a często nawet niebezpieczną rzeczą. Skoro jednak jama otrzewnowa szczelnie zamknięta, wtedy los choréj prawie już jest rozstrzygnięty a opatrunek tak mało wpływa rozstrzygająco na zagojenie, jak największa część środków ostrożności stosowanych jeszcze zresztą po operacyi. Jak nic nieznaczącą rolę odgrywa opatrunek po laparotomijach, o tém mogłem się przekonać przed dwoma laty, gdy przez pół roku bawiłem w znaczniejszych klinikach we Francyi, Anglii i Niemczech. U jednego z owaryjotomistów składał się cały opatrunek z kawałka gazy, przytwierdzonéj kilkoma opaskami sparadrapu; inny znów zakładał kolosalny opatrunek obejmujący cały brzuch i część ud. Wszędzie goiły

się rany zarówno dobrze, skoro tylko podczas operacyi trzymano się metody przeciwgnilnéj.

Podczas gdy jodoform, jak już powiedziano, po laparotomijach tylko podrzędne stanowisko zajmuje w ranach, z drugiéj strony ważnym jest przecież inny sposób zastosowania, jaki lek ten znalazł w niektórych przypadkach operacyi w jamie otrzewnowéj, a może sposób ten będzie nawet w stanie utorować drogę nowemu postępowi w tym kierunku.

Wiadomą jest rzeczą, że rany większych rozmiarów w jamie otrzewnowéj stanowią ciężką komplikacyję wszelakich laparotomij. Najniebezpieczniejszemi są rany tego rodzaju na miejscach jamy otrzewnowéj głębiéj położonych, a szczególnie w miednicy. Wielkie niebezpieczeństwo tych komplikacyj uznają wszyscy doświadczeńsi operatorowie a ku usunięciu tegoż używano najrozmaitszych środków; nie byliśmy jednak w stanie dotychczas całkiem pewnéj metody wynaleźć, aby zapanować nad przebiegiem gojenia w takich razach. Ściśle wziąwszy polega niebezpieczeństwo w tém, że wydzieliny rozprzestrzenionych ran gromadzą się na miejscu najgłębszém, łatwo rozkładają i sprowadzają s a m o z a k a ż e n i e *(Spontaninfection)*, jak ten rodzaj zakażenia ran nazwałem. W obec osobliwszych warunków jamy otrzewnowéj środki zaradcze, w podobnych przypadkach w celu uniknienia takich ognisk rozkładu zwyczajnie używane, a szczególnie odrenowanie i kompresyja, tylko w nader niewystarczający sposób stosować można. W tym przedmiocie ogłosiłem zeszłego roku obszerniejszy artykuł i odsyłam doń czytelnika (*Uiber die Anwendung der Antisepsis bei Laparotomien mit besonderer Rücksicht auf die Drainage der Peritonealhöhle. Langenbecks Archiv*, XXVI).

W dwu ciężkich przypadkach tego rodzaju, a mianowicie w jednym przypadku owaryjotomii i jednym hysterotomii, prof. B i l l r o t h w następujący postąpił sposób. Rozległą ranę, zajmującą w obu razach całą małą i część wielkiéj miednicy, posypano po oczyszczeniu otrzewnéj cienką warstwą proszku jodoformowego, na to położono zaraz wnętrzności a jamę brzuszną zawarto. Zaopatrzono tedy martwe ognisko pozostałe w miednicy w magazyn jodoformu, który na tém miejscu wszelkiemu rozkładowi, a tém samém i doraźnemu zakażeniu otrzewny, przez dłuższy czas musiał zapobiedz. Skutek nie zawiódł oczekiwania; oba przypadki przebiegały dobrze bez przeszkody.

Czy ten sposób jodoformowania rzeczywiście jest w stanie usunąć we wszystkich przypadkach niebezpieczeństwo martwych ognisk w laparotomijach, o tém dalsze doświadczenia pouczyć muszą.

d) R a n y s p ó l n i c z ą c e z p r z e w o d e m, w y s ł a n y m b ł o n ą ś l u z o w ą. Dotychczas zajmowaliśmy się ranami, których leczenie już Listerowskim opatrunkiem — przynajmniéj pod względem skutku — osiągnęło najwyższy stopień doskonałości; albowiem dalszy postęp w tym względzie mógł być osiągniętym tylko przez prostszą technikę, przez tańszy i pewniejszy materyjał opatrunkowy i pod tym też tylko względem daliśmy opatrunkowi jodoformowemu pierwszeństwo przed Listerowskim. Przeciwnie do ran grupy, o któréj teraz mówić będziemy, nie można opatrunku Listerowskiego albo wcale stosować albo też tylko w bardzo niedostateczny sposób; gdyż główny warunek tego opatrunku, t. j. staranne zwarcie rany, osiągniętém być nie może; dla tego też w przypadkach tu należących albośmy dotychczas wcale nie byli w stanie zapewnić się o aseptycznym przebiegu albo musieliśmy się uciekać do środków bardzo komplikowanych, na które się jednak często także spuścić nie można. Tyczy to się w szczególności największéj części ran znaczniejszych rozmiarów, zostających w komunikacyi z j a m ą u s t, n o s a i g a r d ł a, z j e l i t a m i a szczególnie z p r o s t n i c ą, z p o c h w ą, z c e w k ą m o c z o w ą i z p ę c h e r z e m. Mogę tu już z góry twierdzić, że znaleźliśmy w jodoformie środek, którym możemy i w tych przypadkach równie aseptyczny przebieg osiągnąć, jaki osiągamy opatrunkiem Listerowskim w ranach zeszywalnych, jako też, że zaprowadzenie leczenia jodoformem w tym rodzaju ran stanowi podobnie okres w chirurgii, jak wynalazek opatrunku Listerowskiego dla ran poprzednich kategoryj.

Zajmijmy się tedy naprzód r a n a m i w j a m i e u s t i g a r d ł a.

Każdy chirurg wie o tém, jak trudną rzeczą było dotychczas powstrzymać rozkładanie się wydzielin rany i śliny nawet po mniejszych operacyjach w ustach. Któryż operator nie zna wielkich niebezpieczeństw, na które pacyjent po jakiejś większéj operacyi w ustach był narażonym! Zwłaszcza w pierwszych dniach nie podobna było albo wcale albo dopiero z wytężeniem wielkich sił i nader skomplikowanemi środkami zapobiedz rozkładaniu się wydzielin i opanować w ten sposób wszystkie niebezpieczne następstwa, jakoto: flegmonę zakaźną, dyfteryję rany, zapalenia płuc, w skutek aspiracyi wydzielin zakaźnych *(Schluckpneumonie)*, ropnicę itd.

Zatrzymajmy się naprzód przy jakimś specyjalnym przykładzie, np. przy w y c i ę c i u r a k a j ę z y k a, operacyi mniéj więcéj typowéj i nie rzadko się trafiającéj. Jak niebezpieczną była dawniéj ta operacyja, o tém świadczy najlepiéj znane orzeczenie Stromeyera: *„Die Humanität verliert nichts dabei, wenn solche Operationen unterbleiben, und die Chirurgie trägt keine Ehre davon.“* W naszéj klinice wynosiła śmiertelność po wycięciu raka języka w latach 1871—1876 32% a Bruns wykazał 38.8% śmiertelności w tym samym przeciągu czasu. W ostatnich czasach polepszały się wprawdzie w naszéj klinice wyniki po téj operacyi coraz bardziéj; przy pomocy doskonałego odrenowania jamy ust, starannego zastrupienia rany zapomocą *kali hypermanganicum* i nader częstego w dzień i w nocy dokonywanego wypłukiwania ust zmniejszyliśmy śmiertelność w latach 1877—1880 w 53 operacyjach na 17.6%. Lecz mimo to cyfra ta zawsze jeszcze jest za wysoką a bardzo komplikowane leczenie następowe, dotychczas w używaniu będące, było trudzącém dla chorego a uciążliwém dla lekarza i służby [1]).

W ostatnich czasach stosowaliśmy tedy w 10ciu, po największéj części znaczniejszych, operacyjach na języku jodoform a wszyscy chorzy wyzdrowieli [2]) Między innemi ciężkiemi przypadkami znajdował się także 70letni starzec, u którego wyciąłem cały język aż po nagłośnię i największą część dna jamy ust. Przebieg gojenia się ran był absolutnie bezgnilny a uleczenie dokonało się bez przypadku i bez wyjątku zupełnie zadowalająco, co w obec nadzwyczajnéj prostoty i wygody leczenia następnego tém większego jest znaczenia.

L e c z e n i e n a s t ę p o w e p o l e g a ł o n a n a s t ę-

---

[1]) Bliższe szczegóły o naszych dawniejszych doświadczeniach, zrobionych w operacyjach raka językowego, ogłosił mój kolega Dr. W ö l f l e r w Archiwie Langenbecka, tom XXVI.

[2]) Podczas ostatnich 2 miesięcy wyleczyło się jeszcze 5 dalszych przypadków, a zatém 15 przypadków wycięcia raka językowego pod opatrunkiem jodoformowym; w téj liczbie znajduje się także 76cio letni przezemnie operowany chory.

pującém postępowaniu: Po dokonanéj operacyi i staranném zatamowaniu krwi wypłukano jamę ust 1%wym rozczynem karbolowym. Potém wypełniono świeżą ranę wązkiemi paskami gazy jodoformowéj, którą tak wtłoczono, że się razem w jednolity tampon spoiły. Zatykadło to trzymało się rany zwyczajnie 8—10 dni, a zostawialiśmy je przez cały czas spokojnie. Nie było potrzeba ani odrenowania jamy ust, ani płukania i w ogóle żadnego innego środka ostrożności. Po 8—10 dniach odkleiło się zatykadło dobrowolnie, chory całkowicie lub częściowo wypluł je poczém ranę powtórnie na 6—8 dni w podobny sposób zatkaliśmy. W końcu drugiego tygodnia brodawkowała rana każdym razem czysto. Przebieg był przytém, jak wspomniałem, zawsze zupełnie zadowalającym. Przedewszystkiém nie czuł chory od chwili operacyi ani bólów ani żadnéj zresztą dolegliwości. Jeżeli operacyja nie była większych rozmiarów, w takim razie mogli chorzy, mimo zatykadeł, bez przeszkody pić, a nawet stałe pożywienie przyjmować; większa część chorych wstała już 2go lub 3go dnia z łóżka.

Przytém nie spostrzegliśmy absolutnie żadnego rozkładu wydzielin, ani śladu cuchnienia z ust, ani oddziaływania zapalnego w okolicy, ani gorączki, ani zapalenia oskrzeli, ani zapalenia płuc, słowem przebieg gojenia był tak idealnie dobrym, jakiegośmy przedtém tak prostym sposobem nigdy jeszcze nie widzieli. Wydalone po 8miu dniach zatykadła były zawsze bezwonne.

Sądzę, że doświadczenia uczynione w owych 10ciu (względnie 15tu) przypadkach już zupełnie wystarczają, aby usprawiedliwić powyższe zachwalanie skutków leczenia jodoformem.

Prócz tego osiągnęliśmy jodoformem taki sam gładki przebieg w 8miu innych większych operacyjach w jamie ust. Przypadki te były: 1 rak, 2 większe i 1 mniejszy mięsak szczęki dolnéj (wycięcie z częściowém odpiłowaniem żuchwy połączone); 1 rak szczęki górnéj (z częściowém odpiłowaniem), 1 rak lica, 1 rak migdałka, 1 naczyniak języka i lica. I tu ograniczało się całe leczenie następowe do zatkania rany gazą jodoformową, która najczęściéj również tak długo leżała, jak po wyż opisanych operacyjach na języku. Tylko w niektórych miejscach np. w okolicy migdałków trzymają zatykadła mniéj silnie i łatwo się przez połykanie odczepiają. W takich przypadkach przytwierdzaliśmy je za pomocą pętlic z jedwabiu, aby ich połknięciu przeszkodzić; jeżeli się zaś one zawcześnie rozwolniły, wtedy zastępowaliśmy je co 2gi lub 3ci dzień świeżemi tamponami. Do téj grupy należy jeszcze jeden przypadek wycięcia krtani; całą jamę rany wypełniono gazą jodoformową, za któréj pomocą dalszy bieg również był aseptycznym [1]).

W następującym przypadku przekonaliśmy się, jaki stopień bezpieczeństwa w asepsis daje nam jodoform także w jamie nosowéj. Przyjęto do kliniki pewnego chorego z bardzo przekrwionym mięsakiem szczęki górnéj. Podczas badania jamy nosowéj, w któréj można było czuć rozjątrzony i łatwo krwawiący obrzęk, nastąpiło nagle tak silne tętnicowe krwawienie z nosa, że jamę nosową musiano coprędzéj zatkać. Gdy po kilku dniach usiłowano zatykadła oddalić, powtórzyło się znowu owo silne krwawienie tak, że powtórnie potrzeba było zatamponować; w ten sposób powtórzyło się to jeszcze dwa razy; a po raz piąty nie ważyliśmy się chorego, który już i tak wiele krwi był utracił, narazić na niebezpieczeństwo śmierci w skutek ujścia krwi. Pozostawiliśmy tedy zatykadła z gazy jodoformowéj na miejscu przez dwa tygodnie, aby chory po takich krwotokach bodaj trochę do siebie przyszedł. A gdyśmy wreszcie zatykadła pooddalali (krwawienie było na razie zastanowioném), były one przesiąknięte krwią i śluzem, lecz absolutnie bezwonne i nie wywołały one bynajmniéj zapalnego oddziaływania.

(Ciąg dalszy nastąpi).

[1]) Ostatniemi czasy wykonałem także esofagotomiję z powodu ściśnienia przewodu pokarmowego; w tym przypadku osiągnąłem tym samym sposobem leczenia przebieg aseptyczny.

III. O wycinaniu okręgowém kawałków jelita z następném zeszyciem obu odcinków. (*Enterorrhaphia*).

Przez Dra Rydygiera.

Wykład kliniczny miany w streszczeniu na III Zjeździe lekarzy i przyrodników polskich w Krakowie 1881 r.

(Ciąg dalszy. Patrz Nr. 40).

III. Wycięcie jelita. Zanim ściany jelita przetniemy, należy światło tak zacisnąć, żeby nic treści jelitowéj nie wypłynęło. Rozmaici operatorowie starali się w rozmaity sposób cel ten osiągnąć, jak to dokładniéj wykazuje w zestawieniu dział „zamknięcie jelita". Billroth, Gussenbauer i inni dają pierwszeństwo uciskaniu palcami asystentów; Kocher, Kraussold, Bryk i inni kleszczykom, których ramiona są pokryte lub téż nie, Schede i Jaffé zalecają chwilową podwiązkę mocnym jedwabiem lub katgutem; ja używałem w swoich przypadkach uciskadeł elastycznych podanych przy operacyi wycinania odźwiernika. Po dwa żelazka pociągnięte karbolizowanemi rurkami gumowemi przykłada się pionowo do osi podłużnéj jelita i wystające ich końce łączą się dwiema nitkami gumowemi. Nie trzeba tylko nitki ani za nadto, ani za mało zaciągnąć. Zalety moich uciskadeł omówiłem już przy opisie operacyi mojéj wycięcia odźwiernika w Przegl. Lek. b. r., i w *Dt. Z. für Chir.* Nr. 14, jako téż na ostatnim Zjeździe chirurgów. Tutaj pokrótce to tylko jeszcze nadmienię, iż moje uciskadła mają przed wszystkiemi kleszczami tę zaletę, że równolegle ich ramiona wszędzie równo jelito uciskają, podczas gdy wszelkie kleszcze im bliżéj zamku, tém silniejszy ucisk wywierają; zatém ucisk blizko zamku może być już za silnym i zgorzel odpowiedniego miejsca jelita sprowadzić, podczas gdy z przeciwnéj strony ucisk właśnie wystarcza, aby treści jelita nie wypuścić. Wszelkie podwiązki marszczą jelito lub tworzą fałdy, jeżeli w blizkości miejsca przecięcia są założone, co dokładnemu zeszyciu przeszkadza. Daléj ucisk ich skupia się na wązki rowek. Natomiast równoległe uciskające i płaskoszerokie elastyczne uciskadła składają gładko ściany jelita i utrzymują w tém położeniu, przez co późniejsze założenie szwu znacznie jest ułatwione. Tém właśnie wyróżniają się one korzystnie od palców asystenta, ponieważ nie potrzebują zmieniać swego położenia, i w ten sposób trzymają ściany jelita niewzruszenie w swéj pozycyi, podczas gdy zapewne mało znajdzie się asystentów, którzyby w czasie całéj operacyi niewzruszenie palce swe obok siebie trzymać mogli; nadto zabierają uciskadła mniéj miejsca, aniżeli palce asystenta. Żelazka jako płaskie przewyższają podwiązki tém, iż ucisk ich rozdziela się na szersze płaszczyzny, przez co zgorzeli lub zboczenia w odżywieniu uciśniętego miejsca łatwiéj się unika. Celem przekonania się o szczelności uciskadeł, przedsięwziąłem

kilka doświadczeń z wyciętemi kawałkami jelit, z których dwa w dodatku I dokładniéj są opisane i przekonałem się, iż zaciśnienie zupełnie jest wystarczające i pewne. Z podanych powodów przekładam elastyczne uciskadła ponad wszelkie inne sposoby zaciśnięć.

Odłączenie jelita od śródjelicia można także w różny sposób wykonać, mianowicie pod względem czasu: wielu chirurgów wycina najpierw jelito, a dopiero klin śródjelicia, inni zaś postępują odwrotnie. Mnie wydaje się ostatnie postępowanie lepszém, ponieważ przecięcie śródjelicia przed wycięciem jelita można spokojnie wykonać bez obawy o wypłynięcie treści jelita; daléj ponieważ tuż po przecięciu ścian jelita można wycięty kawał jelita zupełnie wydalić z pola operacyjnego.

Obydwie operacyje na ludziach, jakotéż wszystkie doświadczenia w ten sposób wykonałem.

I odłączenie śródjelicia można różnie wykonać: niektórzy odłączają śródjelicie pomiędzy dwiema podwiązkami *(Massenligatur)*, inni zaś przecinają takowe bez poprzedniego podwiązania, poczém dopiero podwiązują krwawiące naczynia. Przy pierwszém postępowaniu zanieczyszcza się mniéj pole operacyjne, chory traci mało krwi, lecz postępowanie to jest bardzo zmudne; mimo to dawałem mu pierwszeństwo. Najważniejszém przy odłączaniu śródjelicia na co téż Madelung na Zjeździe chirurgów wskazał, jest, żeby starannie unikać odłączenia śródjelicia, od jelit. W 12 i 13 doświadniu umyślnie obydwa odcinki jelit odłączyłem od śródjelicia a w obu razach nastąpiła zgorzel naokoło szwu, przedziurawienie i śmierć. Natomiast można nawet bardzo znaczne pętle nieprzeciętych jelit odłączać bez obawy o zgorzel, jak o tém doświadczenia 14, 15, 16, 17, 18 i 19 świadczą.

IV. Szew jelitowy. Przekroczyłbym granice téj pracy, gdybym chciał chociażby tylko pobieżnie szwy jelitowe omówić i dla tego téż tylko o praktycznie najważniejszych szwach mówić będę. W nowszym czasie najwięcéj używanym jest dwurzędowy szew Czernego *(Zur Darmresection. Berl. kl. Wochenschrift* 1880, Nr. 45, pag. 642), którego wewnętrzny rząd już Gussenbauer i Winiwarter *(Die partielle Magenresection.* Lgbeka Arch. XIX, 3 Heft, pag. 351) polecili i opisali; zewnętrzny zaś rząd odpowiada szwowi Lemberta. Szew ten jest bez zaprzeczenia najlepszym z dotychczas używanych, gdyż obok zupełnéj pewności nie jest zbyt zawiłym. Nadto jest téż w użyciu zwyczajny szew Lemberta. Nadmienić mi także wypada o ósemkowym szwie Gussenbauera i niedawno przez Madelunga (l. c.) podanym szwie zwanym *Knorpelplattennaht.* Obadwa zdolne są dokładnie odcinki jelit połączyć. O szwie Madelunga mówi jednak Jaffé (l. c.) słusznie, „że trudno przypuścić, ażeby szew Czernego coś zyskał przez to powikłanie.“ Wedle mego zapatrywania trzeba takich szwów używać, któreby obok dokładnego i pewnego połączenia odcinków jak najmniéj czasu zabierały przy téj i tak już zbyt długo trwającéj operacyi. Z téj téż przyczyny od czwartego doświadczenia począwszy jako téż przy méj drugiéj operacyi na człowieku użyłem szwu kuśnierskiego miasto szwu Czernego w sposób, jaki na wstępie przy opisie tego przypadku bliżéj podałem a ani razu szew nas nie zawiódł. Nie chcę bynajmniéj twierdzić, iż szew kuśnierski łatwiéj się zakłada, niż zwyczajny szew węzełkowy, lecz pierwszy zabiera o wiele mniej czasu. I tak Nussbaum (*Die Verletzungen des Unterleibes, 44 Lief. der Deutsch. Chir. von Billroth und Lücke* pag. 136), który szew kuśnierski nader gorąco jako szew jelitowy zaleca, jakto przy późniejszym przeglądzie literatury o szwach jelitowych, po zakończeniu mych doświadczeń, spostrzegłem, mówi dosłownie: „Trzeba aż 10 i 20 razy igłę odkładać, a nożyczki w rękę brać, podczas gdy przy szwie kuśnierskim dwa razy się to czyni“. Jabym dodal jeszcze, że trzeba również tyle węzełków zakładać, co z pewnością także nie mało pochłania czasu. Daléj skłoniła mnie do wyboru szwu kuśnierskiego zamiast pierwszego rzędu szwu Czernego ta okoliczność, iż właśnie przy dwurzędowym szwie Czernego węzełki pierwszego rzędu przeszkadzają cokolwiek dokładnemu złożeniu się surowiczéj błony po założeniu drugiego rzędu.

Jako drugi rząd szwu jelitowego zatrzymałem szew węzełkowy Lemberta. I tutaj możnaby ze względu na czas pomyśleć o założeniu szwu kuśnierskiego na podobieństwo szwu Lemberta, jednakowoż zaniechałem tego, aby dla zysku czasu nie poświęcać pewności złączenia odcinków. Szew kuśnierski jest bowiem — jak wiadomo — tego rodzaju, że się zupełnie rozchodzi, skoro tylko na jednêm miejscu nie trzyma dokładnie, podczas gdy szew węzełkowy tylko na odpowiedniém miejscu nie dopisuje, a tém samém jest bezpieczniejszym.

Oprócz sposobu zakładania szwu rozbierano w najnowszym czasie obszernie także kwestyję wyboru materyjału do szycia. Czerny, Billroth, Madelung, Baum i inni uważają karbolizowany jedwab jako najlepszy materyjał do szycia; Dittel, Schede, Hagedorn, Riedinger (mylnie tak w *Bericht über die Verhandlung. der Dt. Ges. f. Chir. X. Congr. Centr. f. Chir.* Nr. 20, jakotéż przez Jaffégo (l. c.) do zwolenników jedwabiu zaliczony), Schinzinger, Jaffé, również i ja zalecamy katgut. Na ostatnim Zjeździe chirurgów wyłuszczyłem już powody, które mnie skłaniają do przekładania katgutu nad jedwab przy szwach przewodu pokarmowego *(Über Magenresection Lgbecks Archiv.* Bd. XXVI, Heft 3). Dla przekonania się o pewności szwów katgutowych użyłem we wszystkich mych doświadczeniach tylko katgutu i to tak zwyczajnego, jakotéż wprost z Londynu przywiezionego w kwasie chromowym preparowanego, a w żadnym przypadku szew nie był niedostateczny. Jeżeli nadto przejrzymy co do téj kwestyi w dodatku II podane zestawienie statystyczne, o ile tam materyjał do szwu użyty podanym został, to znajdziemy: 1) Przy *anus praeternaturalis i fistula stercoralis:* 5 razy szew katgutowy 4 razy z dobrym skutkiem, 1 raz ze śmiertelném zejściem; 5 razy szew jedwabny 4 razy z dobrym skutkiem, 1 raz z zejściem śmiertelném; w 1ym przypadku użyto katgutu i jedwabiu (Albert); w reszcie przypadków nie było wzmianki o materyjale do szwu użytym, przynajmniej w przystępnych dla mnie opisach. 2) Przy przepuklinach zgorzelinowych: 7 razy szew katgutowy i 6 razy wyleczenie, 1 raz zejście śmiertelne; 5 razy szew jedwabny: 3 razy wyleczenie, 2 razy śmierć. W 12 przypadkach materyjał niepodany. 3) Przy nowotworach jelit: 4 razy szew jedwabny, 1 raz wyleczenie, 3 razy zejście śmiertelne; 2 razy materyjał niepodany. 4) Przy zwężeniach jelit itd. 1 raz szew katgutowy z dobrym skutkiem; 1 raz materyjał nie podany. Nie myślę bynajmniéj tém zestawieniem dowodzić wyższości katgutu nad jedwabiem, gdyż wiem bardzo dobrze o tém, że dobry wynik operacyi wycięcia kawałka jelit z następném zeszyciem od wielu innych okoliczności zależy, jednakowoż zestawienie powyższe świadczy,

iż katgut do szwów jelitowych zupełnie jest odpowiednim. Jeżeli Baum uważa wyższość jedwabiu nad katgutem za udowodnioną, ponieważ przypadki Billrotha, Kochera, Czernego jakotéż i jego własne, w których jedwabiu użyto, bez utworzenia się przetok wyleczono, natomiast przypadki Dittla, Schedego i Hagedorna, gdzie katgutem szyto, w dalszym przebiegu utworzeniem się przetok kałowych były powikłane, to się cokolwiek z sądem zanadto pospieszył i omylił. Teraz gdy przypadki są liczniejsze i gdy sposób operowania ulepszono, wiele przypadków wycięcia części jelit z następnym szwem katgutowym bez zawikłań się wylecza, odwrotnie zaś przy wycięciach części jelit z następnym szwem jedwabnym spostrzegamy tworzenie się przetok kałowych. Podług mego przekonania nie tyle zależy na têm, „czêm“, lecz „jak“ się szyje. Po większéj części zależy pewnie od przyzwyczajenia operatora, czy tego lub owego materyjału do szycia użyje, odpowiednio do tego, jakiego zwykle używa. Katgut ma tę zaletę, że bywa wessanym, podczas gdy jedwab zawsze jako ciało obce w otrzewnie pozostaje. Zwykle używałem najcieńszego katgutu, który przed operacyją po na wleczeniu razem z igłą w kwas karbolowy kładę, przez co się jeszcze więcéj giętkim staje. Zauważyłem daléj, iż zwyczajny katgut giętszy jest aniżeli londyński chromowy.

(Ciąg dalszy nastąpi).

IV. Oceny i sprawozdania.

Wojciech Oczko: **Przymiot i Cieplice** opatrzone życiorysem i oceną stanowiska naukowego W. Oczki przez Dra Edwarda Klinka, oraz rozprawą o języku dzieł przez Ad. Ant. Kryńskiego.– Wydanie jubileuszowe. Warszawa. Nakładem Towarzystwa lek. warsz. Druk K. Kowalewskiego. W 8ce większ., str. CXXXV, 544. Z ryciną pomnika W. Oczki, tudzież z podobizną autografowaną listu i karty tytułowéj i następnéj wydania 1go dzieła głównego z r. 1581.

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Z gruntownością głębokiego znawcy skreślony jest rozdział: O języku dzieł Wojciecha Oczki. Pan Kryński wykazuje, „że w Polszczyźnie Oczki napotykamy cechy języka XVIgo wieku wspólne wszystkim współczesnym pisarzom, oprócz tego właściwości wynikające bądź ze specyjalności traktowania przedmiotu, bądź też nieodłączne od indywidualności samego pisarza“. Autor rozpatruje te cechy systematycznie: w zakresie głosowni, morfologii, deklinacyi, konjugacyi, słowotwórstwa, z dołączeniem słowniczka, wreszcie w zakresie składni i oddaje sprawiedliwość zaletom stylu i jędrnej polszczyźnie naszego pisarza z wieku XVIgo, którą nazywa wzorową. „Styl Oczki“ powiada „raz zbliża się do wzorowego języka Górnickiego, to znowu obrazowością swą i dobitnością przypomina nadobną prostotę Rejowego wysłowienia, z tą wszakże różnicą, że Oczko w zakresie składni jest od Reja nierównie poprawniejszym“.

Następuje staranny ze wszelkiemi ostrożnościami pod okiem znawców, jak prof. J. Przyborowskiego, dokonany przedruk dwóch dzieł dawnych, poprzedzony podobizną listu autora, karty tytułowéj i przedmowy pierwszego wydania z r. 1581 książki pod napisem Przymiot.

Okazałość zewnętrznych przyborów: kształtu, druku i papieru odpowiada zupełnie wartości wewnętrznéj dzieła tudzież powadze i hojności ciała naukowego, którego nakładem i staraniem wzorowe to wydanie doszło do skutku.

Pojawy pomnikowe nie potrzebują obszernych poleceń, gdyż ich przymioty na pierwszy rzut w oczy wpadają; sądzę też, że wskrzeszone dzieło Oczki powita z radością każdy, komu nie jest obojętna nauka i ojczyste piśmiennictwo.

Ośmielam się dorzucić jeszcze kilka drobnych uwag językowych nad niektóremi napotkanemi we wstępnych działach wyrażeniami nie całkiem zgodnemi z duchem i wdziękiem rodziméj polszczyzny, acz w ostatnich czasach przez niebaczność dość się rozpowszechniły a łatwo stósowniejszemi zastąpić się dają. Nie czynię z nich zarzutu, lecz nie mogę stłumić głosu przestrogi.

Na str. III znajduje się przysłówek „niezaprzeczenie“, który dość często i przez innych bywa używany lubo niewłaściwie i wcale bez potrzeby, bo albo zastąpić go może składniéj i dźwięczniéj przymiotnik połączony z odpowiednim rzeczownikiem n. p. zamiast: „ma niezaprzeczenie wielkie zasługi“, należy się wyrazić: „ma niezaprzeczone wielkie zasługi“; albo, gdy się przymiotnika w ten sposób użyć nie da, lepiéj brzmieć będzie „bez zaprzeczenia“ np. ten bez zaprzeczenia (zamiast: niezaprzeczenie) znakomity pomnik.—Wielu popełnia niewłaściwość podobną pisząc: nieprzerwanie, niezasłużenie i t. p. zamiast nieprzerwany, niezasłużony w połączeniu z odpowiedniemi rzeczownikami lub zamiast: bez przerwy, bez zasługi, niezasłużywszy i t. d. W ogóle unikać należy przysłówków utworzonych z imiesłowów połączonych już z przysłówkiem przeczącym nie

Na str. XLV razi nieco wyrażenie: w najrozmaitszych jego przejściach życiowych. Przymiotnik życiowy obraża ucho i ducha języka, często zastąpić go potrafi żywotny a jeśli nie, to lepiéj innego użyć zwrotu, jak np. w powyższym przypadku: „w najrozmaitszych kolejach życia“.

Na str. LIII może tylko przez omyłkę drukarską jest: „O trzewiach“ zamiast „o trzewach“, co dla tego podnoszę, że często ten błąd, u innych także natrafiam. „Odłożenie się soków żółciowych“ zamiast: sadowienie się, lub osiadanie lub złóg, złogi soków żółciowych itd. znajduje się na str. LXIII.

Dość w ogóle rozpowszechniony jest germanizm posługujący się wyrazem „powodować“ w znaczeniu „*veranlassen*“ sprawiać, zrządzać, wywołać, gdy tymczasem nie jest to słowo rządzące przypadkiem 4tym, lecz 6tym i znaczy raczéj wodzić, kierować n. p. powoduje nim ręka silna; powoduje nim zemsta, miłość; powoduje się lub spowodowany szlachetnością. Na str. LXXI n. p. stoi: „która (gorączka) powodowała silne bóle“ zamiast: sprawiała silne bóle, a na str. LXXVII (merkuryjusz) powoduje próchnienie kości“ zamiast: wywołuje pr. k.; nie możemy też pominąć milczeniem innego często popełnianego germanizmu polegającego na nadużywaniu przyimka przy w tych razach, kiedy w mowie naszéj właściwszy jest: wśród, wobec n p. na str. LXXI: „podagra, przy któréj (winno być: w któréj) spostrzegane były owrzodzenia“; albo: „katary przy których (w których) głównymi objawami były“; na str. LXXV: „zalecano ją przy wysypkach“, ma być: „w wysypkach; str. LXXVI: „przy tych objawach (lepiéj: śród tych objawów) życie kończył“.

Jeszcze w r. 1869 skreśliłem w XL tomie Rocznika Towarz. nauk. krak. kilka skazówek do unikania germanizmów w rozprawie pod napisem: „Niektóre ważniejsze właściwości polszczyzny w porównaniu z mową niemiecką“. Praca ta, zdaje się, mało jest znana a tym mniéj uwzględniana.

Prof. Dr. Józef Oettinger.

Index-Catalogue of the Library of the Surgeon-General's-Office, United States Army. Authors and Subjects. Vol. II. Berlioz - Cholas. Washington: Government Printing Office 1881. Bardzo wielka 8ka str. (12), 990.

Odwołując się w ogólności do tego, cośmy jeszcze w Nrze 49 Przeglądu Lekarskiego z r. z. powiedzieli o pierwszym tomie powyższego katalogu, winniśmy i w tomie, który mamy przed sobą, uznać wszelkie zalety olbrzymiego przedsięwzięcia piśmienniczego lekarskiego, które swą dokładnością nieocenioną odda przysługę literaturze zawodowéj wszystkich ludów cywilizowanych. W przyszłości każdy autor musi udać się do katalogu, o którym mowa, jeżeli będzie chciał poznać całe piśmiennictwo w przedmiocie, w którym ma wydać swą pracę.

Tom obecny obejmuje 12.459 nazwisk autorów prac złożonych w 4.934 tomach i 9.810 broszurach nadto 11.550 tytułów przedmiotów w osobnych książkach i broszurach i 37.310 tytułów artykułów w pismach peryjodycznych. Sama literatura mózgu mieści się na 84 stronnicach bitego druku. Daje to najlepszą miarę wartości i sumienności pracy, któréj z chlubą dla siebie a pożytkiem całego świata lekarskiego podjął się naczelny urząd lekarski armii Stanów Zjednoczonych Ameryki północnéj.

Ponieważ mimo największéj staranności w układzie dzieła, o którém mowa, znaleśćby się mogły w niém braki w zakresie piśmiennictwa polskiego, przeto uważamy za nasz obowiązek oświadczyć ponownie, iż rzeczą jest konieczną, aby polscy autorowie poselali prace swe czy to jako osobne dzieła czy jako odbitki naczelnemu Urzędowi lekarskiemu armii Stanów Zjednoczonych (Surgeon General's Office United States Army) w Waszyngtonie, w czém z wielkiego uznania godną grzecznością ofiaruje swe usługi Wny Dr. Feliks Flügel Vertreter der Smithsonschen Stiftung in Leipzig. *D.*

Dr. M. F. Röll: **Die Thierseuchen mit Berücksichtigung der österr. u. deutschen Gesetzgebung für Thieraerzte und Aerzte bearbeitet.** (Wien, Braumüller 1881).

W bieżącym roku pojawiło się obszerne dzieło traktujące o chorobach zaraźliwych zwierząt domowych, opracowane przez byłego dyrektora szkoły weterynarnéj wiedeńskiéj, znanego zaszczytnie w świecie naukowym. W znakomitém tém dziele autor objął wszystko, co dotychczas zdziałano na polu epizoocyjologii pod względem etyjologii, patologii i ochrony zwierząt w nauce, oraz ustawodawstwie, oceniając to z wytrawnością właściwą wszechstronnym i wykształconym badaczom. Wskazane zalety czynią podręcznik ten niezbędnym dla fachowego weterynarza i w ogóle dla każdego, ktoby chciał zaczerpnąć dokładnych wiadomości i stanąć na wyżynie dzisiejszych badań. Ozdobą zaś dzieła jest klasyczny język i styl jasny oraz przystępny. *J. P.*

Dr. Barański (Docent w Krakowie): **Leitfaden der Veterinär-Polizei für Stadt- und Bezirksärzte, Thierärzte, Sanitätsbeamte sowie für Physikats-Candidaten.** Wien u. Leipzig. Urban und Schwarzenberg 1881).

Autor zamierzył w niniejszym podręczniku, zawierającym 198 stron, w jak najkrótszéj i łatwo zrozumiałéj formie, podać wskazówki mogące posłużyć do wykonywania policyi weterynarnéj, uwzględniając z jednéj strony patologiję chorób zaraźliwych, a z drugiéj ustawodawstwo austryjackie i niemieckie, dodając zarazem wzory na wywody, raporty i listy szacunkowe weterynarskie, które dla weterynarzy powiatowych są bardzo potrzebnemi. Szkoda tylko, że autor nie uwzględnił obszerniéj nowszych badań i zapatrywań, zwłaszcza w części ogólnéj, przezcoby książka pod względem wartości naukowéj i gruntowności wiele zyskała, chociaż może przybrałaby wiele na objętości, czego widocznie autor się wystrzegał. Pomimo to podręcznik ten zaleca się właśnie zwięzłością dla tych, którzyby chcieli przyswoić sobie przepisy policyi weterynarnéj, a więc szczególniéj dla lekarzy, którzy często zmuszeni są sprawować obowiązki weterynarskie, jakoteż dla przygotowania się do egzaminów rządowych na lekarzy powiatowych. *J. P.*

Dr. H. Neuss: **O wstrzykiwaniach podskórnych przetworów żelaza.**

Wiadomo, że przetwory żelaza podawane wewnętrznie, nawet w miernych dawkach, zwłaszcza po dłuższém używaniu mniéj lub więcéj psują trawienie a nawet w pewnych stanach chorobowych żołądka, towarzyszących np. blednicy, (nieżyt żołądka i kiszek, wrzód żołądka, nerwoból żołądkowy itp.) zupełnie przez to są przeciwwskazane. Wiadomo także, że przy wewnętrznem używaniu żelaza nader mała tylko jego część ulega wessaniu, przeważna zaś część (częstokroć wśród upośledzonéj czynności kiszek, uporczywego zatwardzenia itd.) niezmieniona przechodzi przez kiszki. Tym ostatnim niedogodnościom o tyle się obecnie zapobiega, że przetwory żelaza podaje się zwykle w małych bardzo ilościach, jednakże nie zbywa na przypadkach, w których wskazanémby było wprowadzenie do krwi większych naraz ilości żelaza, oczywiście gdyby to było możebném bez wywołania powyższych zakłóceń w trawieniu. Oto powody, dla których w ostatnich czasach lekarze próbowali podawania przetworów żelaza drogą wstrzykiwań podskórnych. Że sposób ten nie dość się jeszcze do dziś rozpowszechnił, pochodzi niezawodnie ztąd, iż dotychczas nie mamy odpowiedniego do tego celu przetworu żelaza. Z dość licznych już to polecanych już też używanych w ten sposób przetworów, według doświadczeń Neussa, najłatwiéj przenikają błony zwierzęce:

1) *Ferrum pyrophosphoricum c. natro citrico,*
2) *Ferrum pyrophosphoricum c. ammonio citrico,*
3) *Ferrum citricum oxydatum,*
4) *Chininum ferro-citricum,*
5) *Chininum ferro-citricum viride* (przetwór ten wyrabiany przez Berga w Dreźnie według przepisu Waltera).

Z białkanu żelazowego Friedländera żelazo przenika, białko zaś wcale nie.

Ferrum saccharatum solubile i *ferrum oxydatum dialysatum glycerinatum* przenikają nie tak szybko i nie tak dokładnie błony zwierzęce jak powyższe.

Ferrum pyrophosphoricum c. natro pyrophosphorico (z apteki Kunstmanna w Gryfii) jest przetworem trudno i niezupełnie rozpuszczalnym, ale roztwór jego łatwo przenika.

Większych części powyższych przetworów używał Neuss do wstrzykiwań podskórnych u królików, a po części i u ludzi, oznaczając żelazo w moczu za pomocą żelasinku potasowego.

Doświadczenia te wykazały, że przedewszystkiém nadaje się do wstrzykiwań podskórnych *Ferrum pyrophosphoricum c. natro citrico,* przetwór zalecający się także znaczną ilością zawartego w nim żelaza (26.6%) oraz trwałością. Najlepiéj używać go w rozczynach 1:6 *aq. dest.*; już w $^1/_2$ godz. wykazać można żelazo w moczu. Na drugiém miejscu

postawić należy *Ferrum albuminatum* Friedländera, przetwór mniéj trwały i mniéj zawierający żelaza. Mniéj odpowiedniém jest *Ferrum pyrophosphoricum c. ammonio citrico*. Reszta zalecanych przetworów według Neussa nie nadaje się wcale do wstrzykiwań podskórnych. *(Ztschr. f. klin. Med.* III, 1, 1881). *St. Sm.*

M. D. Bowkett: **Kliniczny termograf do oznaczania zmian ciepłoty ciała w przeciągu 24 godzin.**

Przyrząd ten, podany przez Bowketta, może być wielce użyteczy w badaniach fizyjologicznych i klinicznych. Kreśli on dokładnie najdrobniejsze zmiany, względnie cały przebieg ciepłoty w przeciągu 24ch godzin. Po upływie 24ch godzin badający może odczytać dokładnie, jaki był przebieg ciepłoty w każdéj godzinie, a nawet w drobniejszych odstępach czasu. Może to być cenném szczególniéj w chorobach, w których chwilowo tylko i przemijająco, niejako w napadach, występują wahania ciepłoty, np. w niektórych chorobach nerwowych. Zasada przyrządu polega na rozszerzalności płynów pod wpływem ciepłoty. Aparat sam składa się z puszki okrągłéj, płytkiéj i płaskiéj 6—7 cm. w średnicy, metalowéj, w całości podobnéj do zwykłego kieszonkowego zegarka, wypełnionéj eterem; blizko brzegu puszki przebiega rurka cienka, sprężynowa (eliptyczna) komunikująca jednym końcem z wnętrzem puszki, gdy drugi koniec zamknięty porusza małą dźwignię, któréj koniec oznacza wysokość ciepłoty na krążku umieszczonym na powierzchni puszki i im wyższa ciepłota, tém wyżéj, względnie bliżéj środka, przypada znak nakreślony dźwignią. Krążek jest podzielony na 24 wycinków oznaczających godziny i jest poruszany za pomocą zwykłego przyrządu zegarowego w puszce umieszczonego. Przyrząd cały przywięzuje się za pomocą taśmy choremu na powłoki brzuszne i utrzymuje w tém położeniu przez żądany przeciąg czasu. Miał on się okazać praktycznym przy przedsiębranych doświadczeniach. *(The Lancet* III, V. II 1881). *P.*

Stosunek kiły do uwiądu rdzeniowego.

Rzecz w praktyce dosyć częsta a bardzo ważna i trudna nieraz do rozstrzygnienia. Warto więc obznajmić się z nowemi na nią poglądami, zwłaszcza gdy takowe, dzięki Moetiusowi, jasno są zestawione (Roczn. Schmidta t. 185, III, 1880). Oto streszczenie jego pracy:

Stosunek kiły do uwiądu rdzeniowego stał się dopiero od niedawna przedmiotem badań. Autorowie, którzy pierwsi zwrócili na tę sprawę uwagę, są związkowi chorób pomienionych nieprzychylni. I tak Duchenne wprost go nie uznaje *(De electris. loc.* Ed. III, p. 655), Leyden nie widzi dostatecznych jego dowodów *(Klin. f. Rückenmarkskr.* II, p. 352), Eulenburg mógłby wśród 149 przypadków uwiądu ledwo raz przypuścić kiłę jako prawdopodobną przyczynę *(Nervenkr.* 1878, Bd. II, p. 468), a Ziemssen oświadcza, że nie zna przypadków, dowodzących zwyrodnienia kiłowego tylnych powrózków rdzenia. Dopiero Schultze (w rozprawie napisanéj pod kierunkiem Griesingera, Berlin, 1868) skłania się na zasadzie 4 przypadków, gdzie uwiąd nastąpił po kile, do upatrywania między temi chorobami związku przyczynowego, podobnie jak Eisenmann. Po nich występuje Fournier. Ten już objawia stanowcze przekonanie *(Leçons.* Paris, 1876), że jedną z najczęstszych przyczyn uwiądu rdzeniowego jest kiła. Przekonanie opiera na statystyce własnéj i cudzéj tudzież na jakości zmian. Odnośnie do pierwszéj znajduje wśród 30 własnych chorych, cierpiących na bezład w czynnościach nerwów *(ataxia)*, 24 razy kiłę w przeszłości, z liczb zaś innych badaczów przywodzi Fereola, u którego na 11 chorych dotkniętych tą samą chorobą, 5 cierpiało dawniéj na kiłę, i Siredeya gdzie takiż stosunek zachodził 8 razy na 10 przypadków. Co do jakości zaś zmian, to stwardnienie części rdzenia, właściwe uwiądowi, licuje, zdaniem F., bardzo dobrze z cechą kiły trzeciorzędnéj. W wyniku swych zapatrywań sądzi więc tenże, że lekarz winien w każdym przypadku uwiądu dochodzić, czy nie poprzedzała go kiła. Jeśli poprzedzanie jest stwierdzoném lub nawet tylko prawdopodobném, ma zarządzić leczenie swoiste, które acz w rozwiniętych przypadkach choroby nie odtworzy już zniszczonych części rdzenia, w świeżych jednak razach niewątpliwy odniesie skutek. Zapatrywania powyższe powtarza De Ranse *(Gaz. de Par.* 53, 1856), a Grasset podziela je zupełnie *(Leçons sur les maladies du syst. nerv.* 1878, II, p. 689). Pierwszy atoli czyni co do statystyki Fourniera słuszną uwagę, że do znanego, jakim tenże jest, syfilidologa przychodzą oczywiście głównie tacy chorzy z uwiądem rdzeniowym, którzy na punkcie kiły nieczyste mają sumienie. Vulpian przyznaje *(Leçons sur les maladies de la moëlle,* 1877), że znaczną część przypadków uwiądu poprzedza kiła (u jego 20 chorych, dotkniętych bezładem czynności nerwowych 15 razy). Mimo to nie przyjmuje swoistego uwiądu, lecz kiłę uznaje jako czynnik usposabiający Berger *(Bresl. ärztl. Zeitschr.* 1879 nr. 7—8) uważa rozwijanie się uwiądu na podstawie kiłowéj za rzecz bardzo prawdopodobną i ocenia liczbę takich przypadków na 20%. Co do skutków leczenia swoistego, to wyleczenie zupełne widział raz tylko, natomiast złagodzenie objawów wielokrotnie. Dla tego mniema, że, jak we wszystkich przypadkach, gdzie podejrzywamy kiłę narządów wewnętrznych, stosujemy leczenie swoiste, nie czekając z niém na dowody absolutnie pewne, tak samo należy postępować i w przypadkach uwiądu rdzeniowego. Erb kładzie silny nacisk na kiłę jako poprzedniczkę uwiądu *(Deut. Arch. f. klin. Med.*, XXIV, 1879). Nie chce atoli rozstrzygać, czy kiła jest tylko czynnikiem usposobiającym do uwiądu, lub téż uwiąd jest po prostu jéj umiejscowieniem. Na 44 przypadków uwiądu dopytał się kiły 27 razy, a licząc same tylko zmiany ogólne, 23 razy. Czas, w jakim uwiąd wystąpił po kile, dał się wybadać w 1. przypadkach. Takowy wynosił 2—14 lat. Wyraźnych, istniejących jeszcze zmian kiłowych E. nie mógł zwykle już odkryć. Znajdował tylko gdzieniegdzie blizny na częściach płciowych lub powiększenie gruczołów. Wyjątek stanowią 2 przypadki, w których na języku widział rozpadliny podejrzane. Przechodząc do objawów uwiądu, nie mógł dostrzedz żadnéj różnicy między uwiądem u osób kiłowych i niekiłowych. Co zaś do skutków leczenia to w 2 przypadkach wcierania szaruchy okazały się bardzo pomocnemi, w 2 innych pozostały bez skutku. Z uwagi, że uwiąd bywa najczęściéj nieuleczalnym, kiła natomiast najczęściéj przystępną jest leczeniu nawet w ciężkich swych formach, tudzież, że ostrożne leczenie przeciwkiłowe nie może wyrządzić trwałéj szkody, E. sądzi, zgodnie z Fournierem, że u wszystkich chorych na uwiąd, którzy przebyli kiłę, należy próbować leczenia swoistego, i to im wcześniéj tém lepiéj. Mayer z Akwizgranu objawia przekonanie (na Zjeździe przyrodników w Baden-Baden), że kiła poprzedza uwiąd w 80% przypadków, i że leczenie swoiste miewa dobre skutki. Przeciwnie Richter z Sonnenbergu mniema

(*Centralbl. f. Nervenheilk.* 1879, Nr. 20), że nawet w przypadkach uwiądu, poprzedzonego przez kiłę, wcierania szaruchy w połączeniu z kąpielami cieplemi zdolne są sprawić pogorszenie, polepszenie zaś, i to znaczne, może nastąpić bez wszelkiego leczenia swoistego. Gesenius przychyla się do zdania, że kiła jest czynnikiem usposabiającym do uwiądu rdzeniowego (*Dissertation*, Halle, 1879), wśród 60 przypadków zebranych przez Seeligmüllera znalazł kiłę 13 razy jako poprzedniczkę uwiądu. Fischer (*4ter Semestralbericht der Heilanstalt* Maxbrunn, 1879) odkrywa wśród 26 przypadków uwiądu 4 razy kiłę nietylko za pomocą wywiadów lecz i badania przedmiotowego, w 3 zaś tylko dowiaduje się o wrzodzie wenerycznym w przeszłości. Nadto, co ważniejsza, przywodzi, że w 2 przypadkach uwiądu, poprzedzonego przez kiłę, leczenie swoiste sprawiło widoczne pogorszenie. Hutchinson podziela zapatrywanie, że kiła usposabia do uwiądu (*Med. Times and Gaz.* 1880, Jan. 31).

Dr. Różański (Lwów).

(Ciąg dalszy nastąpi).

Prof. Mauriac w Paryżu: **O wycinaniu wrzodu kiłowego pierwotnego.**

(Dokończenie. Patrz Nr. 40).

Według drugiego zapatrywania sądzono wręcz przeciwnie, a zatém, że jad nie zostaje wessany, i że nie zatruwa jednym zamachem ustroju. Co więcéj mniemano, że jad pozostaje w tkaninie, która go dobrowolnie lub pomimowoli przyjęła, w téj ograniczonéj przestrzeni przebywa porę wylęgania, i dopiero po kilku tygodniach porzuca swoją bez czynność, wydobywa się z ukrycia wytwarzając wrzód pierwotny kiłowy. Według tego tłumaczenia wrzód pierwotny nie tylko co do czasu trwania, lecz także jako oznaka chorobowa jest pierwszym zwiastunem, ponieważ ogólne zmiany chorobowe poprzedza. Tenże wrzód staje się przyczyną choroby, gdyż jedynie z tego miejsca rozszerza się zwolna zakażenie całego ustroju, staje się ogniskiem choroby, w którém powstają i mnożą się zatrute cząsteczki, które przez naczynia limfatyczne dostają się do krwi. Jest to zatém wrzód, który rzeczywiście zasługuje na nazwę wrzodu pierwotnego zaraźliwego. Powyższe zapatrywanie, co do sprawy zakażenia w samym jego zawiązku, jest może więcéj zadowalające niż pierwsze, ale pomimo tego to długie mrzenie jadu w tkaninach jest trudném do wytłumaczenia. Autor wspominając o doświadczeniach Cohnheima, robionych na zwierzętach z masą gruźliczą, która, wprowadzona do przedniéj komórki ocznéj, mogła tamże przez tydzień przebywać, nie wywolując zmian miejscowych; powiada, że jeżeli się zgodzimy na teoryję pierwszą, to nie będziemy się kwapić z niszczeniem wrzodu zaraz po jego pojawieniu się, bo pocóż? przecież tenże jest jedynie wynikiem właśnie co powstałego zakażenia. Jeżeli zaś będziemy zwolennikami drugiego zapatrywania, to wtedy trzeba się będzie starać o zniszczenie wrzodu pierwotnego wszelkiemi możebnemi środkami, gdyż jeżeli się to zrobi na czasie, to zapobieży się ogólnemu zakażeniu. Tego zdania byli niegdyś Ribes, Ricord i inni i do tego dzisiaj dążą Unna, Auspitz, Kölliker itd. wycinając wrzód kiłowy pierwotny. Powyżsi pisarze szczycą się niejakiemi korzyściami odniesionemi na tém polu, jednakowoż pytanie to nie może być uważane za rozstrzygnięte ostatecznie. M. wspominając daléj o obrzmiewaniu sąsiednich gruczołów limfatycznych, które są stałym przypadem i niejako cząstką nierozerwanéj całości, zapytuje, czy nie byłoby rzeczą słuszną uważać tak pomienione obrzmienia gruczołów jak i wiele drobnych ośrodków zakażonych za takie, w których się również cząsteczki jadu rozplemiają, zkąd przez naczynia limfatyczne dostają się w obieg krwi i cały ustrój zatruwają? Każde zaś wycięcie zmiany chorobowéj, któreby wykonane było po obrzmieniu gruczołów swoistych, nie może dawać żadnéj nadziei w skuteczność operacyi.

Przechodząc do doświadczeń własnych robionych w tym kierunku, przytacza M. 7 przypadków, w których się uciekał do operacyi i których skutek podajemy w streszczeniu:

1) przypadek. Wycięcie wrzodu kiłowego pierwotnego w cztery dni po jego pojawieniu Blizna stwardniała. Bezskuteczność operacyi. Zmiany następowe. Badanie drobnowidowe wyciętego kawałka skóry wykazało: że wrzód pierwotny bez względu na jego rozmiary już w czwartym dniu ma prawie te same własności, jak w środku lub przy końcu swego rozwoju.

2) przypadek. Wycięcie stwardnienia kiłowego rozpoczynającego w 10 dni po wystąpieniu. Obrzęk gruczołów. Niepowodzenie. Zmiany następowe.

3) przypadek. Wycięcie stwardnienia kiłowego w 9 dniu istnienia. Blizna stwardniała, gruczoły limfatyczne wybitnie obrzękłe. Niepowodzenie. Zmiany następowe.

W czwartym przypadku wycięto stwardnienie kiłowe w 16 dniu, w piątym w 15 dniu, w szóstym zaś przypadku w 10 dniu istnienia, i jak poprzednio ze skutkiem ujemnym, albowiem zmiany następowe pojawiły się bądź w postaci osutek plamistych, bądź guzkowych, lub też kłykcin wilgotnych.

Z powyższych sześciu przypadków, pierwszy budził jeszcze największą nadzieję pomyślnego skutku, a to ze względu na czterodniowe istnienie zmiany pierwotnéj, jak również dla tego, ze gruczoły pachwinowe nie były wcale obrzękłe, a przecież doznano zawodu. Stwardnienie podstawy blizny jak i jéj brzegów, które występuje po pewnym czasie, po wycięciu zmiany pierwotnéj, jest najlepszym dowodem niepowodzenia i zapowiada niemal na pewne zakazenie ogólne. Wycięcie nie zapobiega obrzmieniu następowemu gruczołów pachwinowych, a przebieg miejscowego cierpienia jest taki, jak gdyby się zmiana pierwotna kiłowa rozwijała w najlepsze. Druga pora tajenia się jadu nie jest ani krótszą ani też dłuższą, zmiany zaś następowe występują jak zwykle. Ze względu na stopień natężenia zmian chorobowych prawie nie podobna odpowiedzieć na to pytanie stanowczo. Wreszcie nie wierzy autor, ażeby wycięcie zmiany pierwotnéj mogło złagodzić przebieg zmian następowych, bo i zkądże mamy wiedzieć, jakiemi byłyby objawy chorobowe, gdybyśmy zaniechali wycinania? Tymczasem jest bardzo prawdopodobne, że bez wycięcia byłby ten sam przebieg.

7 przypadek. Wycięcie zmiany kiłowéj pierwotnéj po 50 godzinach istnienia. Wynik operacyi ujemny. Zmiany następowe. Wypada dodać, że uszkodzenie było ściśle miejscowe, a w kierunku naczyń lub gruczołów limfatycznych nie znaleziono ani śladu rozszerzenia sprawy chorobowéj. W tych okolicznościach wszystko przemawiało za tém, że po usunięciu ogniska choroby powstrzyma się dalsze następstwa i do rozszerzenia nie dopuści, jeżeli już ustrój nie został zatruty, przed wystąpieniem zmiany pierwotnéj. Atoli nie długo trwało złudzenie, bo w 17 dniu po wycięciu spostrzeżono w miejscu dawnéj miękkiéj blizny podkładkę pergaminową, chrząstkową, sprężystą, przypominającą szankra

kiłowego zabliźnionego. W 51 dniu od chwili wycięcia znajdowała się jeszcze pod blizną typowa stwardniałość i w tym czasie był już mierny obrzęk gruczołów w pachwinie prawéj, jakotéż 4—5 dużych, płaskich, cechujących grudek na skórze; krótko mówiąc, obecności kiły nie można było zaprzeczyć.

Autor opierając się li tylko na własnych doświadczeniach, powiada ostatecznie: że zdaniem jego wycięcie zmiany pierwotnéj kiłowéj nie zapobiega rozszerzeniu choroby nawet wtedy, chociażby takowe wykonano w wyjątkowo szczęśliwych okolicznościach.

Praca Mauriaca potwierdza tedy dawne zapatrywania Zeissla, Hebry i innych. (*Allgem. Wiener medizinische Zeitung*, sierpień, wrzesień, 1881). *Dr. S Skobel.*

Wiadomości pomniejsze.

(A. K.) **Leczenie drgawek połogowych pilokarpinem.** Dr. Sauger ogłosił 3 przypadki podobnych drgawek, leczonych wstrzykiwaniami pilokarpinu po 0,02; drgawki koiły się po wstrzyknięciu, lecz występowały objawy groźnéj duszności. Autor przestrzega przed używaniem pilokarpinu w drgawkach połogowych, doświadczywszy groźnych zaburzeń po zastósowaniu tego leku, a w trzech przypadkach leczonych pilokarpinem dwie chore utraciły życie.

(A. K.) **Leczenie gruźliczego zapalenia opon mózgowych jodoformem zachwala** Dr. Coesfeld. W ciągu 1½ roku autor leczył 7 dzieci, chorych na gruźlicze zapalenie opon mózgowych i dwoje z nich wyleczył jodoformem. Autor pędzlował główkę dziecka chorego 15—20% rozczynem jodoformu, na czole, skroniach i za uszami, pędzlowanie odbywało się trzy razy dziennie, a co rano zmywano te miejsca lotnikiem octowym. Coesfeld spostrzegał opadanie ciepłoty po pędzlowaniu. (*D. med. Wochenschrift* 10 września 1881 r.)

(A. K.) Richter **leczy krwotoki połogowe wstrzykiwaniami wody ogrzanéj** do 50°C. Niedawno Landowski opisał leczenie krwotoków hemoroidalnych wstrzykiwaniami wody gorącéj do prostnicy; Richter trzymał się téj saméj zasady przy leczeniu krwotoków macicznych; używa on wody karbolowéj 1% ogrzanéj do 50°C., którą wstrzykuje do wnętrza macicy za pomocą rurki szklanéj, wprowadzonéj aż do ujścia wnętrznego; wstrzykiwanie odbywa się zazwyczaj ośm minut, jeśli jednak krwotok uporczywie utrzymuje się, należy wstrzykiwanie dopóty stósować, dopóki woda wychodzi z domieszką krwi; woda, któréj ciepłota nie dosięga 48° C., traci swe lecznicze skutki. Przed zastósowaniem wstrzykiwania należy wyprowadzić z macicy skrzepy i usunąć szczątki łożyska lub błon, jeśli się tam znajdują. Po skończoném wstrzykiwaniu podaje Richter sporysz.

Autor w ciągu 10 miesięcy stósował wstrzykiwania 105 chorym w berlińskiéj Charité; krwotok ustał 83 razy po jednorazowém wstrzyknięciu, a z tych w 6 razach nie podano sporyszu. (*Zeitschrift für Geburtshülfe und Gynaekologie* tom II).

V. Zjazd Stowarzyszenia ochrony zdrowia publicznego w Wiedniu.

II.

Trzecie posiedzenie, odbyte dnia 16go września, rozpoczęło się od zawiadomienia o wystawie higijenicznéj mającéj się odbyć w Berlinie w roku przyszłym, a to z powodu, że myśl téj wystawy powzięto na przeszłorocznym Zjeździe Stowarzyszenia dla techniki zdrowotnéj odbytym w Hamburgu, powzięty zaś zamiar znalazł nader przychylne uznanie i poparcie w Stowarzyszeniu ochrony zdrowia publicznego tak, iż można powiedzieć, że oba te stowarzyszenia dały wystawie początek.

Na posiedzeniu, o którém mowa, obaj sekretarze komitetu wystawowego Dr. Boerner i inżynijer Henneberg zdali sprawę z podjętych przygotowań. Wzór dla téj wystawy stanowi wystawa przedmiotów higijenicznych i ratunkowych, jaka się odbyła w r. 1876 w Brukseli, z tą jedynie zmianą, że gdy brukselska była międzynarodową, berlińska ma być tylko ogólno niemiecką, to jest ma obejmować tylko Cesarstwo niemieckie, Austryję i niemiecką Szwajcaryję, — udział wystawców obcych nie jest jednak bezwarunkowo wykluczonym, mogą bowiem brać udział w wystawie przez swych przedstawicieli, jeżeli ich w obrębie trzech wymienionych krajów posiadają. Zgodnie z tém ograniczeniem i ugrupowanie wystawy będzie nieco odmienne jak na wystawach międzynarodowych, nie będzie bowiem według krajów ale według przedmiotów, — przez co wystawa będzie więcéj pouczającą, bo łatwiéj będzie przedmioty z sobą porównywać, okazy bowiem odnoszące się do jednego działu będą obok siebie wystawione, nie zaś rozrzucone po różnych wystawach, jak to ma miejsce przy ustawieniu według krajów lub miejsc. Wystawa dzielić się będzie na 2 główne działy: jeden obejmować będzie przedmioty zostające w związku z ochroną zdrowia i techniką zdrowotną, drugi przedmioty odnoszące się do ratownictwa w czasie pokoju i wojny. Każdy dzielić się znów będzie na grupy. Rysunki i dzieła odnoszące się do higijeny i ratownictwa pomieszczone będą osobno działami, co także rozpatrzenie się w nagromadzonym materyjale wielce ułatwiać będzie.

Urządzeniem wystawy zajmuje się komitet wystawowy, na którego czele stoi b. minister Hobrecht. Prócz komitetu głównego potworzono w różnych stronach w Niemczech, Austryi i Szwajcaryi komitety miejscowe, jako ogniwa pośredniczące między wystawcami a głównym komitetem. Wystawa ta trwać ma 4 miesiące od 1go lipca do ostatniego września 1882 r. Z podjętych przez komitet wystawowy kroków zasługuje na uwagę sposób pokrycia kosztów. Wystawa ta jest przedsiębiorstwem prywatném, komitet nie liczył téż na żadne subwencyje, ale potrzebnych funduszów mają dostarczyć osoby prywatne. Koszta obliczono na 200.000 marek i kwota ta ma być pokryta w drodze subskrybcyi przez udziały niemniejsze jednak niż 100 marek. Biorący udział w subskrybcyi zobowiązuje się pokryć ewentualny niedobór stosunkowo do podpisanego udziału. W razie gdyby wystawa dochód przyniosła, mają subskrybenci jedynie prawo do zwrotu udziału, nadwyżka zaś rozdzieloną zostanie w odpowiednim stosunku między wystawców. Sądząc po doświadczeniach, jakie zrobiono w Berlinie na wystawie przemysłowéj w r. 1879 i rybackiéj w r. 1880, spodziewa się komitet wystawowy, że i ta wystawa pod względem finansowym powiedzie się, t. j. że dochody przewyższą znacznie wydatki. Okoliczność, że subskrybenci nie mają nawet w najpomyślniejszym razie żadnego zysku ale cały zysk wychodzi na korzyść wystawców, ewentualnie zaś subskrybenci mają nawet pokryć niedobór, zmusza wystawców do brania udziału w subskrybcyi. Według zapewnień Dra Boernera i p. Henneberga kwota potrzebna już jest podpisaną, a jeżeli się jeszcze uwzględni, że opłata za miejscena wystawie jest względnie wysoką, to jedynie można to wytłumaczyć tém, że w Niemczech poj-

mują znaczenie, jakie taka wystawa mieć może i że wystawcom zależy na tém, aby się powiodła. Ponieważ znaczna liczba wystawców już się zgłosiła, mimo że termin zgłoszeń jeszcze nie upłynął, więc wystawie powodzenie rokować można.

(Dokończenie nastąpi.)

VI. Wiadomości statystyczne i ogólno-lekarskie.

* Szkoła dentystyczna w Genewie. Otrzymaliśmy okólnik w języku francuskim, podpisany przez rodaka naszego prof. Laskowskiego, w sprawie nowo powstającéj szkoły dentystycznéj w Genewie. Założona na mocy ustawy z dn. 9go lipca r. b. i na podstawie regulaminu, zatwierdzonego przez Radę rządową w d. 16 września rb., otwartą zostanie d. 21 bm. Na czele zakładu stoi komisyja, złożona z 5 członków, a mianowicie prof. Laskowskiego jako prezesa, prof. Vullieta także z wydziału lek., prof. Picteta, chemika, z wydziału filozoficznego, i dwóch profesorów dentystów. W kursie zimowym bieżącym wykładać będą dla uczniów téj szkoły oprócz profesorów i docentów prywatnych dentystyki także na wydziale lek. proff. Laskowski (anatomiję opisową), Schiff (fizyjologiję), Zahn (anat. patol.), Juillard (klinikę chirurg.), Eternod (histologiję), a na wydziale filozof. Wartmann (fizykę), Graebe i Monnier (chemiję). Bliższych wyjaśnień udziela *Departement de l'Instruction publique* albo *l'Ecole dentaire de Genève* (16, rue de Lausanne) oraz dokładny regulamin, który również otrzymaliśmy, a którym chętnie osobom interesującym się służyć możemy.

* Cholera azyjatycka pojawiła się w kilku miejscowościach Wschodu. Niebezpiecznym jest dla Europy wybuch epidemii w Aden nad morzem Czerwoném, gdzie parostatki zatrzymują się celem zaopatrzenia się w węgle. Niebezpieczeństwo jest têm większe, o ile to jest pora pielgrzymek do Mekki, w których wielka liczba pobożnych mahometan bierze udział. Podobno epidemija już przewleczoną została do Aleksandryi. W obec tych faktów międzynarodowa Rada zdrowia, ustanowiona na Wschodzie jeszcze za czasów Napoleona III, przedsięwzięła potrzebne środki ostrożności; rozchodzi się tylko o to, aby one były wykonywane przez władze tureckie i egipskie. Swoją drogą państwa europejskie zaprowadzają kwarantany dla wszystkich statków ze Wschodu przybywających, tak np. państwo austro-węgierskie wydało odnośne polecenia władzom nadmorskim w Tryjeście i Rjece.

Statystyka epidemij. W tygodniu 37 (do 10 września) ospa w Londynie utrzymywała się w jednakowém nasileniu. Świeżo zapadło 114, umarło 27, leczyło się w szpitalach 627. W Wiedniu umarło 9, w Budapeszcie 4, w Paryżu 11, w Petersburgu 6, w Saragosie 10. Z duru brzusznego umarło mniéj w Paryżu i Petersburgu. Z duru osutkowego umarło w Petersburgu 7, w Londynie 2, w Murcyi i Saragosie po 3. Z czerwonki umarło w Granadzie do 28 sierpnia 31. Z biegunki umierało mniéj dzieci w Budapeszcie, Paryżu, Londynie, Petersburgu i Odesie, nieco więcéj w Wiedniu, Brukseli i Stokholmie. Od 1—15 lipca umarło w Rio de Janeiro 8 z febry żółtéj. W tygodniu 38 (do 17 września) umarło w Krakowie: 1 z odry, 1 z płonicy, 1 z błonicy, 2 z krztuśca, 1 z duru brzusznego, 1 z duru osutkowego 2 z czerwonki, 1 z kiły, a doniesiono w tymże czasie: o 1 przypadku ospy, 4 błonicy, 4 duru brzusznego, 3 duru osutkowego, 3 czerwonki.

Statystyka śmiertelności. W tygodniu 37 (do 10 września) umarło na rok i 1000 mieszkańców: w Krakowie 34,9; we Lwowie 30,1; w Poznaniu 45,1; w Wiedniu 25,5; w Budapeszcie 30,8; w Pradze 23,1; w Tryjeście 28,1; w Berlinie 21,4; w Wrocławiu 30,0; w Gdańsku 24,0; w Mnichowie 36,6; w Dreźnie 26,4; w Lipsku 18,8; w Bazylei 17,6; w Brukseli 25,3; w Amsterdamie 18,7; w Hadze 22,0; w Paryżu 23,3; w Londynie 16,7; w Kopenhadze 17,7; w Stokholmie 23,8; w Chrystyjanii 17,3; w Petersburgu 40,9; w Odesie 40,0; w Bukareszcie 23,7; w Madrycie 40,6; w Saragosie 49,5; w Granadzie 64,0; w Nowym Jorku 36,2; w Filadelfii 24,3; w Bombayu 37,8; w Madrasie 38,8. *J. B.*

VII. Wiadomości bieżące.

* **Kraków** d. 6 października. N. Pan mianował dyrektora ces. rosyjskiéj szkoły weterynarskiéj w Kazaniu, Dra Piotra Seifmanna profesorem kliniki lekarskiéj i chirurgicznéj w założyć się mającéj we Lwowie szkole weterynaryi i kucia koni, tudzież dyrektorem tego zakładu; docentów zaś na Wydziale lek. Uniw. Jagiell. Dra Henryka Kadyiego i Dra Antoniego Barańskiego profesorami zwyczajnymi, mianowicie pierwszego anatomii opisowéj i patologicznéj, drugiego fizyjologii i produkcyi zwierząt w pomienionym zakładzie.

N. Pan nadał lekarzowi powiatowemu w Kołomyi Drowi Wincentemu Szymonowiczowi tytuł radcy cesarskiego, a to z okoliczności przeniesienia go w stały stan spoczynku, uznając jego długoletnią, wierną i skuteczną działalność w publicznéj służbie zdrowia.

Namiestnik mianował Dra Karola Bendę i Dra Karola Wągrowskiego lekarzy powiatowych 2giéj kl. lekarzami powiatowemi 1széj kl., pozostawiając ich w dotychczasowéj służbie; asystentów sanitarnych Dra Konstantego Męcińskiego i Dra Kazimierza Ciepielowskiego lekarzami powiatowymi 2giéj kl., pierwszego w Skałacie, ostatniego w Turce; Dra Ignacego Jendla, Dra Jana Filewicza i Dra Wincentego Nycza asystentami sanitarnymi, pierwszego w Starém mieście, drugiego w Kolbuszowie, ostatniego w Bohorodczanach; przeniósł zaś lekarzy powiatowych: Dra Wojciecha Stankę z Drohobycza do Tarnowa, Dra Ignacego Janowskiego ze Skałatu do Drohobycza, Dra Maksymilijana Rosnera z Buczacza do Kołomyi a Dra Ferdynanda Obtułowicza z Turki do Buczacza.

* Prof. Korczyński powrócił już z Trenczyna w stanie znacznie polepszonym i rozpocznie wykłady swe zarówno z innymi profesorami.

* Na posiedzeniu Sejmu w d. 30 września odbytém Komisyja edukacyjna uczyniła wniosek, aby wezwać rząd do otworzenia Wydziału lekarskiego we Lwowie kosztem państwa. Po przemówieniu sprawozdawcy Dzieduszyckiego i rektora uniwersytetu lwowskiego wniosek ten jednomyślnie został przyjęty.

Uchwała ta zapewne dozna tego samego losu, co liczne uchwały poprzednie. Zdaniem naszém, które już raz wypowiedzieliśmy, nie będzie mowy o Wydziale lekarskim we Lwowie, dopóki kraj nie oświadczy gotowości przyczynienia się do jego utworzenia znaczniejszą kwotą pieniężną.

* Według nadesłanego nam wykazu w Cieplicach czeskich do d. 21 września było gości 10,061.

* **Budapeszt**. Zamiast Pasteura, który na zaproszenie ministra handlu przybyć nie mógł, będąc właśnie zajęty badaniem mikroorganizmów febry żółtéj, przybył do stolicy węgierskiéj asystent jego Dr. Tullier i w przytomności delegatów ministerstwa oraz uczonych lekarzy i przyrodników przystąpił do szczepienia ochronnego przeciw wąglikowi. Dr. Tullier nie ukrywa swego postępowania, i owszem poucza każdego, który sprawą tą się zajmuje. *(W. med. Bl.)*

* **Nekrologija**. W Strasburgu umarł d. 22 września Dr. Schützenberger w 72 roku życia. Zmarły był profesorem kliniki wewnętrznéj w Strasburgu od r. 1845—1870.

D. 20 Września 1881 r. zmarł w Bełzie przeżywszy lat 66 lekarz Ambroży Neupauer, członek towarzystwa lek. galicyjskiego. W r. 1838 dyplomowany, przez dłuższy czas był lekarzem wojskowym, późniéj praktykował w m. Bełzie przez 30 lat, lecz w ostatnich latach złamany chorobą praktykę porzucił. Podczas pobytu w Bełzie piastował jakiś czas urząd burmistrza a przy otwarciu szkoły wydziałowéj wspomógł takową znaczną sumą pieniężną. Wymownym dowodem powszechnego uznania i szacunku był pogrzeb, na który z najodleglejszych stron obywatelstwo zjechało. Na grobie złożono wieńce od Towarzystwa lekarzy, od rady miasta Bełza, od grona nauczycielskiego szkół wydziałowych miasta Bełza. Cześć pamięci Jego!

Zygm. Blum.

Artykuły orygin. mieszczące się w czasopismach lek. polskich:

W *Gazecie Lekarskiéj* Nr. 40: Mikuckiego: Siarczan ezeryny przy owrzodzeniach rogówki; J. Kramsztyka: Jaka jest wartość lecznicza peptonów (dok.); Funka: O technice endoskopii. — W *Medycynie* Nr. 40: Obalińskiego: Przy-

padek olbrzymiéj słoniowacizny części płciowych męzkich; Skórczewskiego: Przyczyny i rozwój niektórych postaci uporczywych biegunek oraz ich leczenie w Krynicy (c. d.)

Redakcyja otrzymała:

Dr. CHODUNSKY w Praze: Třeti Sjezd polských lékařů a přirodozpytců v Krakově 1881. V 1881, in 8vo str. 82.

Dr. PRESL: Die Prophylaxis der übertragbaren Infectionskrankheiten. Wien u. Leipzig, Urban et Schwarzenberg 1881, in 8vo str. 147.

Wiener Medicinal-Kalender u. Recepttaschenbuch, V Jahrg. 1882, Wien, Urban et Schwarzenberg.

Prof. TAMASSIA w Pawii: Dell' intossicazione acutissima per solfuro di carbonio, Reggio nell' Emilia 1881, in 8vo str. 92.

Tenże: Gli ultimi studii sulla criminalità. Reggio 1881, in 8vo str. 46.

Sprostowanie. W Nrze 40, na str. 409, w szpalcie 1széj, wiersz 30 od góry w tytule zam. *Aetiologie der Pilzkrankheiten etc.* winno być „*Zur Aetiologie der Infectionskrankheiten etc.*"

Redaktor odpowiedzialny: **Prof. Dr. L. Blumenstok.**

Nakładem Towarzystwa lekarskiego krakowskiego. W drukarni Uniwersytetu Jagiell., pod zarządem Ignacego Stelcla.